

9. Семенова Л. Э. Особенности самопрезентации мужчин-педагогов средней школы // Психологическая наука и образование. 2008. № 1.

10. Тартаковская И. Н. «Несостоявшаяся маскулинность» как тип поведения на рынке труда // Посиделки: информ. листок. СПб., 2002. № 3.

11. Электронная психологическая энциклопедия. [http://mirslovari.com/content\\_psy](http://mirslovari.com/content_psy)

УДК 159.942:616–053.6–007.74

Е. С. Набойченко,  
Л. Т. Баранская

## ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОЙ СФЕРЫ У ПОДРОСТКОВ С АТИПИЧНОЙ ВНЕШНОСТЬЮ

Статья посвящена проблеме влияния атипичной внешности подростков (конкретно – врожденной расщелины верхней губы и неба) и последующей многоэтапной медико-хирургической коррекции на их самооценку, взаимоотношения с взрослыми и сверстниками, дисбаланс в развитии эмоций и когниций. Показано, что даже своевременно и качественно проведенное хирургическое лечение не является вполне достаточным условием для личностного развития. Специально организованное психологическое сопровождение реабилитационного процесса особенно значимо на завершающем этапе лечебных мероприятий, который приходится на подростковый период.

*Ключевые слова:* атипичная внешность, самооценка, взаимоотношения со взрослыми и сверстниками, эмоциональное развитие, когнитивные процессы, психологическое сопровождение.

The article deals with the influence of teenager's atypical appearance formed as a result of congenital harelip and cleft palate with following multi-stage medical and surgical correction on their self-appraisal, on their relations with adults and persons of their own age group, on a disbalance in their emotions and cognitions development. It has been proved that even timely and well carried out surgical treatment is not sufficient for normal personal development. It is discussed the problem of specially organized psychological attendance of rehabilitation process, which is especially significant at the treatment final stage, which occurs when the patient is in his/her teens.

*Key words:* atypical appearance, self-appraisal, relations with adults and persons of the same age group, emotional development, cognitive processes, psychological attendance.

Процесс интеграции медицины, психологии, социальной работы является одной из основных современных тенденций и позволяет соединить достижения каждой из перечисленных наук в едином поле междисциплинарного подхода к человеку как целостной системе. Такой подход имеет особую значимость в совершенствовании системы комплексной реабилитации детей и подростков с врожденными внешними особенностями, существенно не затрагивающими интеллект и познавательные качества формирующейся личности.

В последнее десятилетие проблема специфики развития и адаптации подростка с атипичной внешностью изучается весьма активно.

Врожденная расщелина верхней губы и неба (ВРГиН) – довольно распространенная патология. Ежегодно в России рождается 30 тыс. таких детей, что составляет 1,6–3,1 случая на 1000 новорожденных [1, 5, 6]. Этот порок занимает особое место по тяжести клинических проявлений и требует длительной многоэтапной комплексной медицинской реабилитации, включающей как устранение хирургическим путем основных анатомических нарушений, так и ортодонтического исправления имеющихся деформаций и предотвращения развития вторичных деформаций челюстей.

Врожденные расщелины верхней губы и неба – это временные анатомические особенности, которые при современном уровне развития хирургического и ортодонтического лечения относятся к успешно корригируемым анатомо-физиологическим нарушениям. Раннее проведение реконструктивных операций (с 3–6 месяцев) создает необходимую базу речи, которая является важным условием интеллектуального развития ребенка, но лишь опосредованно влияет на процесс его личностного развития и социальную адаптацию.

Выбор возрастной группы нашего исследования – подростки с врожденной расщелиной верхней губы и неба (ВРГиН) – обусловлен тем, что подростковый возраст имеет принципиальное значение для формирования личности, всех сфер полноценного психического функционирования. Для подростков внешность играет большую роль, что обусловлено расширением социальных контактов, качественным изменением общения со сверстниками, формированием интимно-личностных отношений, в которых они утверждаются как индивиды определенного пола [7]. В 14–16 лет осуществляется и заключительный, позволяющий достичь оптимального эстетического эффекта этап хирургического лечения ВРГиН.

Несмотря на существенные изменения в массовом сознании, определяющем отношении к людям с атипичной внешностью и постепенным пониманием обществом ценности каждого отдельного человека, остаются проблемы психологии личности человека, имеющего врожденный дефект внешности. В работах ряда зарубежных авторов подчеркивается значение челюстно-лицевой аномалии как предиктора аффективных расстройств и личностной дезадаптации, наиболее отчетливо проявляющихся в подростковом возрасте (12–18 лет) [9, 10, 11, 12]. Поэтому очень важным является психологическое сопровождение таких подростков, осуществляемое в рамках комплексного мультидисциплинарного подхода [1, 3, 4, 5, 6, 8].

Динамику социальных трансформаций мы можем проиллюстрировать следующими фактами. По результатам анкетирования, проведенного в 1991–1992 гг., из 38 выпускников с ВРГиН, окончивших в 1981–1982 гг. 8 классов (неоконченное среднее образование) специальной коррекционной общеобразовательной школы № 58 г. Екатеринбурга, только 8 человек вступили в брак, при этом ни в одной семье не было детей. Интересно отметить, что супруг или супруга этих выпускников также окончили школу-интернат № 58 и имели врожденную расщелину. На вопрос о том, планируют ли они детей в недалеком будущем, все опрошенные ответили лаконично –

«не знаем». Высшее образование не получил ни один человек, 6 – поступили в техникумы, 11 – закончили государственные профессионально-технические училища, остальные – 21 выпускник – не продолжили обучение после школы, не имели профессии, работали на низкооплачиваемых должностях (дворники, уборщицы, кастелянши и т. п.).

Аналогичное исследование, проведенное в 2005 г., показало, что из 19 опрошенных (8 юношей и 11 девушек, родившихся в 1987–1988 гг.) все окончили 11 классов общеобразовательной массовой школы, из них 4 юноши и 2 девушки поступили в высшие учебные заведения: Уральский государственный университет им. А. М. Горького (физико-математический факультет), Уральскую государственную медицинскую академию (стоматологический факультет), Уральский государственный политехнический университет (металлургический, химико-технологический и строительный факультеты), Уральский государственный педагогический университет (факультет специального образования и физической культуры). Некоторые молодые люди учатся в филиалах вышечперечисленных вузов, которые находятся в различных городах Свердловской области. В колледжи поступили 6 выпускников, 7 обучаются в ППТУ.

Обратим внимание на достаточно высокий уровень социальной адаптации, наблюдаемый у представителей второй группы. Они строят активные планы на будущее, надеются приобрести значимый социально-профессиональный статус, обязательно иметь семью и детей. В своих ответах на вопрос о выбранных профессиях врача или педагога молодые люди указывали, что они хотели бы в будущем помогать в социально-личностном становлении детям с врожденной челюстно-лицевой патологией. Основным мотивом выбора профессии для них явилось общение со специалистами реабилитационного центра «Бонум», в котором они на протяжении 18 лет получали комплексную медико-психолого-педагогическую помощь. При ответе на вопрос, существует ли страх рождения у них детей с подобной анатомо-физиологической особенностью, практически все указали на решаемость данной проблемы при наличии своевременной помощи со стороны социума и услуг высокотехнологичной медицины. Нужно отметить, что 8 человек из числа опрошенных посещали психологические тренинги на протяжении длительного времени, а семьи, в которых они воспитывались, были отнесены психологом Центра к категории функциональных.

Вместе с тем, мы не склонны идеализировать представленную картину. Объективная психологическая оценка требует рассмотрения позитивных и негативных факторов, влияющих на процесс формирования личности в «рамках определенных организмических условий» [2], которые, хотя и не влияют фатально на логику развития психики человека, но требуют комплексной специально организованной помощи и поддержки.

Цель нашего исследования состояла в обосновании необходимости психологического сопровождения как определяющего фактора эмоционального, коммуникативного и личностного развития подростков с ВРГиН (14–18 лет).

С 2002 по 2007 г. на базе научно-практического центра «Бонум» (ГУЗ ДКБВА НПЦ «Бонум») г. Екатеринбурга нами было проведено исследование эмоционально-личностных особенностей и специфики межличностного общения в группах подростков. Всего в эксперименте были задействованы

148 человек в возрасте  $14,8 \pm 2,23$  года (54,0% – мальчики), которые были госпитализированы в плановом порядке. Психодиагностическое обследование проводилось перед выпиской подростков из стационара, каждый из них имел возможность получить обратную связь по результатам тестирования и при необходимости психологическую помощь в дальнейшем. Задачи исследования решались следующими методическими средствами:

- для выявления уровня самооценки как основной характеристики эмоционально-личностной сферы использовалась методика Дембо-Рубинштейн с элементами клинической беседы, в ходе которой испытуемые комментировали свой выбор;
- для анализа специфических уровней «эго-защиты», свидетельствующих о силе и глубине фрустрации в ситуациях межличностного общения, был применен тест рисуночной фрустрации С. Розенцвейга;
- для исследования эмоционально-личностных детерминант поведения, выявления неосознаваемых интрапсихических конфликтов и психологических защит использовался ТАТ (тематический апперцепционный тест) Г. Мюррея, модифицированный Е. Т. Соколовой применительно к подросткам.

По методике исследования самооценки выявлена значимая обратная корреляция ( $p \leq 0,05$ ) между шкалами «ум» и «характер» в актуальной самооценке. Поскольку данная методика является по сути проективной, то правомерно наделять шкалы особым смыслом, отражающим неосознаваемые реакции испытуемых на те или иные вербальные стимулы. Так, самооценку по шкале «ум» принято интерпретировать как оценку собственных когнитивных и интеллектуальных способностей, тогда как шкала «характер» в значительной степени отражает коммуникативные способности личности. В общей картине самооценки при значительном снижении уровня одной из шкал другая берет на себя функцию компенсации, что позволяет избежать снижения уровня самооценки в целом. Это подтверждает результаты исследований, полученных нами ранее на сопоставимой по всем параметрам группе обследуемых, родители которых придают особое значение развитию когнитивной сферы, зачастую в ущерб эмоционально-личностному развитию [3, 4]. Вначале основным мотивом выступает присущее каждой матери желание воспитать полноценного ребенка, в дальнейшем развитие познавательных способностей становится самоцелью и приобретает самостоятельную мотивирующую силу. Интеллектуальное воспитание как компенсация «некрасивости» формирует у детей чрезмерную зависимость от оценок взрослого и чувство повышенной ответственности за соответствие родительским программам. Подобная родительская позиция обуславливает невротическое развитие подростков с ВРГиН по типу обсессивного невроза, в основе которого лежит страх быть не собой, который преодолевается лишь тогда, когда подросток добивается каких-либо социальных успехов, даже путем отказа от реализации своих более значимых потребностей, например общения как свободного времяпрепровождения в группе сверстников.

Глубинная неудовлетворенность подростков собой проявляется в выявленной корреляции между шкалами «счастье» и «характер» в идеальной самооценке ( $p \leq 0,05$ ), которая свидетельствует о лично значимой связи между высоким уровнем развития коммуникативных способностей и ощущением счастья. В этом, на наш взгляд, состоит важная особенность эмоционально-личностной сферы подростков с ВРГиН. Их взаимоотношения с другими людьми наполнены драматизмом. Индивидуальная история их развития окрашена многоступенчатым преодолением врожденного челюстно-лицевого дефекта. На протяжении длительного периода вся их жизнь была сосредоточена в узких рамках семьи и ближайшего окружения. Все наиболее лично значимые события происходили в семье. В результате семья заняла устойчивое ведущее положение в иерархии значимых межличностных отношений. Именно поэтому их социальные контакты чаще всего широкие, «правильные», но поверхностные; во взаимодействиях с окружающими людьми основная позиция пассивная, позиция «ведомого».

При анализе состояния актуальной самооценки особое значение имеют ее устойчивость и высота. Хорошо известен феномен «неравномерной» самооценки. В этом случае самооценка по одной из шкал резко снижается, в то время как по другой, наоборот, резко повышается. Данный феномен принято рассматривать как указание на снижение уровня критичности, что свойственно пациентам с личностной дезадаптацией.

В соответствии с критериями устойчивости и высоты самооценки можно выделить следующие подгруппы. Более чем для половины подростков, включенных в исследование (52,0%), характерна неустойчивая актуальная самооценка, которая свидетельствует об их подверженности внешнему давлению и внешней оценке, при незначительной опоре на внутренние критерии. При этом многие дети имеют завышенный уровень притязаний, во многом превышающий имеющиеся личностные ресурсы.

У значительной части подростков (38,0%) отмечена устойчивая самооценка, без выраженной неравномерности по шкалам. Остальные испытуемые (10,0%) продемонстрировали устойчивую завышенную самооценку.

В целом полученные данные означают, что у большинства подростков с ВРГиН не развита система внутренних эталонов удовлетворенности собой. Основным механизмом, позволяющим им сохранить приемлемое позитивное отношение к себе, является своеобразная «переоценка ценностей». Ведущей интернализированной ценностью становится желание стать первым в учебе, профессиональной деятельности, достижении высокого социального статуса. По сравнению с этим межличностные отношения, построенные на симпатии, привязанности, оказываются незначимыми и малощажными. Превазирование стремления к первенству в социально значимых видах деятельности отражается и в показателях идеальной самооценки. Для 73,0% подростков характерно неадекватное завышение самооценки по всем шкалам, что, с одной стороны, может быть расценено как проявление подросткового максимализма, а с другой – в соотношении с реальной самооценкой рассматриваться как работа компенсаторного механизма «защита от депрессии».

Результаты выполнения испытуемыми фрустрационного теста С. Розенцвейга достаточно однородны, что позволяет выделить некоторые тенденции, присущие группе в целом, – направления реакций, агрессивность.

Показатель «баланс агрессивности» отражает тенденцию, характерную для большинства (62,0%) подростков с ВРГиН, к преимущественному направлению агрессии внутрь себя, склонность к аутоагрессии. При этом агрессия, направленная на себя, как правило, не контролируется, что приводит к срывам, крайним проявлениям агрессии вовне.

По содержанию реакций у подростков с ВРГиН преобладают экстрапунитивные (39,0%) реакции. С. Розенцвейг считал, что экстрапунитивные реакции генетически первичны и частично замещаются в процессе воспитания. Однако этого не происходит в случае ВРГиН по причине патологически незавершенной симбиотической связи подростков с матерью. Достоверно высокие значения получены по самозащитному типу реакций, направленных на защиту своего «Я» способом порицания другого и избегания осуждения, а также проявляющихся как утрированное чувство вины и собственной неполноценности. В конфликтных и фрустрирующих ситуациях наблюдается повышение удельного веса «эго-защитных» реакций, склонность к усиленному проявлению эмоций тревоги и страха. Таким образом, можно утверждать, что подростки с ВРГиН не склонны к явной внешней агрессии, что не является свидетельством отсутствия агрессивности.

По нашему мнению, в основе указанных тенденций лежит феномен «сверхконтроля» за эмоциональными проявлениями. Повышенный социальный контроль, как проявление «супер-эго», становится для таких подростков ведущим механизмом неосознаваемой психологической защиты от собственной чрезмерной агрессивности и конфликтности. Опасаясь демонстрации окружающим истинного отношения к ним, дети «предпочитают» действовать весьма осмотрительно; способы реагирования подростков с ВРГиН на те или иные конфликтные ситуации становятся мало предсказуемыми, некоторые дети оказываются дезориентированными и поступают неадекватно. Часто подростки воспринимают сверстников как агрессивных, подавляющих, обижающих, при этом приписывают им недостижимую для себя легкость бытия. Все это существенным образом сказывается на отношениях с представителями противоположного пола. Подростки, даже с хорошо компенсированным врожденным дефектом внешности, выстраивают «нейтральные», «бесполюе» отношения со сверстниками, которые напоминают межличностное общение младших школьников, определяемое взрослыми – родителями и учителями.

Можно предположить, что такое своеобразное проявление агрессивности у подростков с ВРГиН формирует устойчивое противоречие в образе «Я». В «Я для себя» сохраняется дефект внешности в виде окрашенных негативными эмоциями воспоминаний о врачах, больницах, консультациях. «Я для других», напротив, наполнено мифами о собственном превосходстве, стремлением быть значимым в глазах окружающих.

В рассказах подростков по таблицам ТАТa особое место уделяется иерархии межличностных отношений. Первое место в ней занимает семья и родственные связи. Однако отношения со значимыми другими амбивален-

тны. Наиболее важным лицом в семье является мать. С одной стороны, привязанность к ней велика и подросток боится разрыва этой связи. Смысл рассказов выявляет постоянно испытываемые страх и тревогу, что с близкими родственниками может произойти какое-то несчастье, подростки опасаются самых разнообразных неприятностей, начиная от бытовых проблем и заканчивая болезнью и смертью родных. С другой стороны, подростковый период сопровождается нормальной реакцией эмансипации. Стремясь отделиться от родителей, подросток начинает диктовать им свои требования, однако зачастую манипулирует симбиотической привязанностью и ведет себя как «домашний тиран». В результате родители, столкнувшись с сопротивлением, обязательно меняют свою позицию и уступают.

Анализ тематического апперцепционного тестирования подростков с ВРГиН показывает их высокую потребность в привязанности, сильной зависимости от окружающих людей, гиперчувствительность при собственном им эгоцентрическом отношении. Потребности других людей почти не учитываются.

Второй по значимости является тема одиночества, безысходности, смерти. Практически во всех рассказах герой (основной персонаж) несчастен, брошен, покинут, обижен, неудовлетворен. Помощь приходит, как правило, извне и чаще в лице матери, которая утешает, понимает, поддерживает, помогает справиться с трудностями.

Самая большая жизненная ценность в историях подростков – терпение и совершение обдуманного поступка. Герои рассказов преодолевают горе и избавляются от страданий, только собрав в кулак волю, терпение. Окружающий мир жесток и непредсказуем. За попытку доказать обратное приходится расплачиваться гибелью. Проявление эмоциональности, чувств осуждается, что можно рассматривать как гипертрофированную нормативность, свойственную подросткам с ВРГиН.

Проведенное нами исследование позволяет сделать следующие выводы.

1. Несмотря на то, что большинство подростков с ВРГиН имеют нормальное психологическое развитие, у них сохраняется риск возникновения эмоционально-личностных и поведенческих нарушений, трудностей социальной адаптации.

2. Существует неравномерность в уровне развития эмоционально-личностной и когнитивной сфер подростков с ВРГиН. Причем эмоционально-личностные проблемы имеют тенденцию к возрастанию.

3. Основная причина указанной неравномерности связана с тем, что не только родители могут испытывать вину перед ребенком, но и ребенок может чувствовать вину перед родителями за то, что, родившись с ВРГиН, он катастрофическим образом не оправдал их родительских ожиданий. Эти факторы способны служить причиной серьезных психологических проблем, в частности сильного стресса, эмоциональной неустойчивости и конфликтных ситуаций.

4. Анализ результатов трех использованных методик позволяет выделить симптомокомплекс особенностей эмоционально-личностной сферы у подростков с атипичной внешностью: неадекватную и нестабильную самооценку, завышенный уровень притязаний, гиперкомпенсаторное развитие когнитивной сферы, сверхконтроль за эмоциональными проявлениями

ями как защиту от собственной агрессивности и конфликтности, нарушенные взаимоотношения со сверстниками, коммуникативную дезадаптацию в интимно-личностных отношениях.

5. Подросткам с ВРГиН необходимо психологическое сопровождение, включающее целенаправленное воздействие не только на детей, но и на их родителей. Оно осуществляется посредством как просветительской работы, так и формирования навыков социальной адаптации, психогигиены эмоциональной жизни, развития способностей к сотрудничеству.

### Литература

1. Баранская А. Т., Леонов А. Г., Блохина С. И. Психологическое сопровождение пациентов с врожденными и приобретенными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области. Екатеринбург: СВ-96, 2005.

2. Братусь Б. С. Аномалии личности. М.: Мысль. 1988.

3. Глотова Г. А., Набойченко Е. С. Специфика потребностей развития детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба // Изв. Урал. гос. ун-та. Сер. 1. Проблемы образования, науки и культуры. 2008. № 60.

4. Леонов А. Г., Баранская А. Т. Психологическая оценка качества жизни подростков с ВРГиН на завершающем этапе реабилитации // Соматические и пограничные нервно-психические расстройства в детском и подростковом возрасте. Новосибирск: НИИ физиологии СО РАМН, 2008.

5. Набойченко Е. С. Роль общественного мнения в социализации ребенка, имеющего ограниченные возможности здоровья. Екатеринбург: СВ-96, 2004.

6. Набойченко Е. С. Создание формирующего пространства как условие развития социальной компетентности детей с врожденной челюстно-лицевой патологией // Изв. Урал. гос. ун-та. Сер. 1. Проблемы образования, науки и культуры. 2004. № 3.

7. Соколова Е. Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1989.

8. Шафирова Е. М., Виссарионов В. А. Особенности формирования личности подростков с врожденными и приобретенными дефектами личности // Актуальные проблемы клинической психологии в современном здравоохранении / под ред. С. И. Блохиной, Г. А. Готовой. Екатеринбург: СВ-96, 2005.

9. Speltz M. L., Richman L. Editorial: Progress and Limitations in the Psychological Study of Craniofacial Anomalies // Journal of Pediatric Psychology. Vol. 22. № 4. 1997.

10. Garfinkel H. Conditions of successful degradation ceremonies // American Journal of Sociology. 1956. № 61. P. 420-424.

11. Goffman E. The moral career of the mental patient // Goffman E. Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates. N. Y.: Anchor Books, 1961. P. 125-169.

12. Goffman E. Stigma: Notes on the management of spoiled identity. N. Y.: Prentice-Hall, 1963.